

irradiando para mmii, há 2hs, negava febre, trauma ou demais queixas. OM em fêmur E aos 3 anos com necessidade de tratamento cirúrgico. Hb 10,6; GB 1540 (8624N; 5852L) e PCR 95,99. No 2ºDI apresentou um pico febril, e iniciado tratamento para STA com CTX. Queixa álgica em úmero direito (D), ombro E, quadril e fêmur bilateral, com restrição de mobilidade. Feita a hipótese de OM, e introduzido oxacilina (OX). RM: OM de cabeça de fêmur E e fratura de vértebra L4. Mantive picos febris por 5 dias. No 6ºDI apresentou melhora do quadro álgico. Permaneceu internada por 22 dias, recebendo CTX e OX. Nenhum agente foi isolado em culturas. Alta Hb 11,3; GB 6910(2419N; 4077L) PCR 4,29, com CPX, VO, por 76 dias. Caso 3 Menina, 17 anos, HbSS, em uso de HU (desde 2011; dose 22,5 mg/kg/dia). Procurou PS com queixa de dor intensa em miE, esterno e coluna torácica, há 3 hs. Hb 7,8; GB 14118 (8471N; 3106L) e PCR 324,32. No 2ºDI evoluiu com dor em articulação de quadril e coxa D e analgesia de difícil controle com morfina, associada terapia múltipla com baclofeno, gabapentina e dipirona. No 4ºDI evoluiu com STA introduzido CTX e azitromicina. Hb 7,3 (pós transfusão);GB 14659 (1M; 1M;1B; 67N; 25 L). Devido à persistência de febre, no 6ºDI foi escalonada para cefepime. Hb 7,8;GB 9393(1M; 1M;3 B; 6951N; 1691 L). Persistiu com febre e dor intensa em quadril e coxa D, com limitação da deambulação, no 10ºDI, aventada hipótese de OM e osteonecrose de quadril e coxa D, confirmada por RM e iniciado vancomicina. Alta no 21ºDI com CPX, VO, por 133 dias e após completar cefepime e vancomicina. Nenhum agente foi isolado em culturas. Hb 9,3; GB 2520(1273 N; 1081L) PCR 10,85. Após 19 semanas necessitou de nova internação por crise vaso-oclusiva. RM: sinais de infarto ósseo. **Conclusão:** Pacientes com DF apresentam risco aumentado para osteomielite. O diagnóstico diferencial entre infarto ósseo relacionado a crise vaso-oclusiva é um desafio, pois a apresentação clínica inicial é semelhante. Deve-se suspeitar de osteomielite em pacientes com DF que apresentem crise vaso-oclusiva em apenas um sítio, com febre prolongada e um aumento de provas inflamatórias. A antibioticoterapia precoce dirigida aos agentes mais frequentes pode evitar complicações e permite um melhor prognóstico.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.478>

DOENÇA HEMOLÍTICA DO FETO E RECÉM-NASCIDO: EPIDEMIOLOGIA BRASILEIRA DO PERÍODO 2011–2020

AL Schuster^a, BFB Bassani^a, JPL Cezar^b

^a Universidade Luterana do Brasil (ULBRA), Canoas, RS, Brasil

^b Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil

Objetivo: A Doença Hemolítica do Feto e Recém-nascido (DHRN) ocorre pela passagem transplacentária de anticorpos maternos que acarretam um processo de hemólise aloimune das hemácias do feto, devido principalmente ao mecanismo de incompatibilidade entre os grupos sanguíneos da mãe e do feto e de uma sensibilização prévia. O presente trabalho busca descrever as

características das internações pela Doença Hemolítica do Feto e Recém-nascido no Brasil quanto à distribuição por regiões, óbitos e sexo no período de janeiro de 2011 a dezembro de 2020. **Material e métodos:** Estudo descritivo transversal da base de dados do DATASUS, utilizando filtro para internações segundo região brasileira, óbitos e sexo do período de janeiro de 2011 a dezembro de 2020. **Resultados:** As internações referentes à DHRN, no Brasil, variaram de 2.242 em 2011 a 3.114 internações, em 2020, totalizando 28.204. A região brasileira com o maior número de internações foi a região Sudeste, que totalizou 13.449 (47,7%), seguida da Nordeste, 7.701 (27,3%), Centro-Oeste, 3.618 (12,8%), Norte, com 1.869 (6,6%) e Sul, 1.567 (5,6%). Os óbitos, foram de 10 em 2011 a 14, em 2020, totalizando 113. Em relação às regiões, temos: Sudeste, com 60 (53,1%), Nordeste, 27 (23,9%), Norte, 13 (11,5%), Centro-Oeste, 7 (6,2%) e Sul, 6 (5,3%). Quanto ao sexo dos pacientes, temos que ocorreram mais internações e óbitos por parte do sexo masculino, 14.144 (50,1%) e 67 (59,3%), respectivamente. **Discussão:** As internações por DHRN aumentaram no período, assim como os óbitos. Foi possível observar também um maior número de internações e óbitos no sexo masculino. Além disso, a região Sudeste, que concentra cerca de 42% da população do país, foi responsável por 47,7% das internações e 53,1% dos óbitos pela DHRN. **Conclusão:** A DHRN é uma importante intercorrência pediátrica, afetando significativamente a saúde infantil no período neonatal, podendo levar a risco de vida se não forem realizadas intervenções adequadas. Sendo assim, com o devido conhecimento da incidência e distribuição nacional dos casos de DHRN, é possível planejar políticas públicas e realocar recursos para prevenção de novos casos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.479>

DOSE INTENSITY OF INDUCTION CHEMOTHERAPY IN PEDIATRIC ACUTE MYELOID LEUKEMIA: A SYSTEMATIC REVIEW AND META-ANALYSIS

ALM Rodrigues^{a,b}, RC Ribeiro^c, PR Godinho^d, JT Costa^e, AV Wanderley^f, AMM Silva^g, CR Carvalho^h, CGC Junior^{i,j}, MLM Lee^k, MM Lins^h, AF Oliveira^l, L Lenzi^b

^a Hospital Erastinho, Curitiba, PR, Brazil

^b Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brazil

^c St. Jude Children's Research Hospital, USA

^d Fundação Pio XII - Hospital de Amor da Amazônia, Palmas, TO, Brazil

^e Hospital Martagão Gesteira, Salvador, BA, Brazil

^f Hospital Oncológico Octávio Lobo, Belem, PA, Brazil

^g Hospital Aristides Maltez, Salvador, BA, Brazil

^h Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP), Recife, PE, Brazil

ⁱ Hemomed Oncologia e Hematologia, São Paulo, SP, Brazil

^j Hospital São Camilo, São Paulo, SP, Brazil



^k Hospital Beneficência Portuguesa de São Paulo, São Paulo, SP, Brazil

^l Hospital de Amor, Barretos, São Paulo, Brazil

Objective: This study compares the dose intensity of induction regimens by evaluating outcomes such as early deaths, death in the first remission, and survival. The results of this study will contribute to the development of therapeutic protocols with a reasonable balance in the intensity of induction, allowing remission to be achieved with less toxicity, adapting and establishing the treatment for acute childhood myeloid leukemia in developing countries. **Methods:** Pubmed and Scopus were used for systematic searches performed in January 2021. Descriptors involving specific or synonymic words such as Acute myeloid leukemia, pediatric, induction, and dose-intensity combined with Boolean operators AND and OR were used, without limits of time-frame or language. All relevant studies were read in full, and the data extraction was performed for those that fulfilled the inclusion criteria (patients aged between 0–21 years old, diagnosed with AML, describing results of induction regimens where one of the groups – intervention or comparison – included different dosing for the same chemotherapy drug). Were excluded the studies publishing exclusively Down's Syndrome patients and acute promyelocytic leukemia diagnosis, single-arm studies (with no comparator group), and studies where the intervention group had a different chemotherapy regimen than the comparator group. **Results:** The initial search retrieved 1185 papers. In the second round of screening of the remaining 207 articles, full-text papers were assessed for eligibility. From the nine papers included with dose modification during the induction phase of chemotherapy treatment, six referred to changes on cytarabine (ARA-C), two on idarubicin (IDR), and two on daunorubicin (DNR) (one of these studies simultaneously changed ARA-C and DNR). Results showed no significant difference between standard vs. high doses for CR and death during induction. Relapse rates were higher in the standard-dose than in the high-dose arms (1.44; 95% IC: 1.22–1.69). Despite the higher risk of relapse in the standard-dose group, event-free survival analysis shows no significant difference between the arms of each study. **Discussion:** The outcome of AML treatment in children and adolescents has improved over the last decades. Overall survival rates are now superior to 70% due to implementing strategies such as intensification of therapy, refinements in supportive care, and more precise risk classification. However, treatment-related deaths are exceptionally high in places with limited resources. Even regimens with standard-dose chemotherapy are associated with life-threatening complications due to profound myelosuppression and organ dysfunction. Establishing the best combination and sequence of treatment components, including hematopoietic stem cell transplantation, remains an unmet need. **Conclusion:** There is no significant difference between standard vs. high doses of chemotherapy during induction for selected outcomes such as complete remission and event-free survival. Reducing the dose intensity of standard AML remission induction regimens should be investigated in regions with limited resources.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.480>

EOSINOPENIA COMO FATOR PREDITIVO DE GRAVIDADE EM PACIENTES PEDIÁTRICOS INTERNADOS POR COVID-19



TS Vilela^a, JAP Braga^b, P Grizante-Lopes^a, JM Beatrice^a, J Emerenciano^a, A Angel^b, SR Loggetto^a

^a Departamento de Hematologia Pediátrica do Sabará Hospital Infantil, São Paulo, SP, Brasil

^b Departamento de Pediatria, Setor de Hematologia Pediátrica da Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP), São Paulo, SP, Brasil

Objetivo: Avaliar o primeiro hemograma realizado de crianças entre zero a 10 anos de idade com COVID-19 e relacionar seus parâmetros com a gravidade clínica. **Materiais e métodos:** Estudo de coorte retrospectivo (15/03/2020 a 15/09/2020) com dados do hemograma e PCR do prontuário à admissão hospitalar em dois hospitais na cidade de São Paulo, um privado e um hospital universitário. Foram avaliados, além de valores numéricos, dados categóricos quanto a presença ou não de alterações respeitando as referências para cada faixa etária. Feita avaliação das razões entre as células do leucograma e plaquetas: razão plaquetas/linfócitos, razão neutrófilos/linfócitos (NLR), razão neutrófilos/monócitos, razão linfócitos/neutrófilos, razão linfócitos/monócitos, razão monócitos/neutrófilos e razão monócitos/linfócitos. **Resultados:** Foram incluídas 93 crianças (idade entre 0,30–126 meses, mediana 19 meses), sendo destes 56 meninos (60,2%). Receberam alta após avaliação no pronto-socorro 24/93 (25,8%) pacientes, ficando internados 69 (74,2%). Não houve associação entre idade, sexo e valor de PCR com internação ou com a gravidade clínica. Doença de base esteve presente em 29/69 (42%) pacientes internados, enquanto que nos 24 que não internaram, esteve presente em 3 (12,5%). As crianças com alguma doença de base têm 5,08 (95% IC 1,56–22,9) vezes mais chance de internar em relação àquelas sem doença de base; no modelo ajustado para a idade, a OR foi de 4,63 (95% IC 1,36–21,59). As crianças com NLR maior (média 2,42 para o grupo internado contra 1,20 para o grupo não internado) tem 54% mais chance de internação (OR 1,54, 95% IC 1,10–2,41). Do total das crianças internadas, 21/69 (30,4%) evoluíram para uma condição crítica (sepse, síndrome inflamatória multissistêmica pediátrica – SIM-P, suporte ventilatório avançado ou óbito). A proporção de crianças críticas com eosinopenia é 3,05 vezes maior que aquelas sem eosinopenia (OR 3,05, 95% IC 1,07–9,39); ajustando o modelo para a idade, houve aumento para 5,27 (95% IC 1,62–19,35). Um óbito ocorreu nessa população por SIM-P em criança com neuropatia de base. **Discussão:** O conhecimento das alterações no hemograma de crianças entre 0 e 10 anos de idade ainda é escasso e possíveis fatores preditivos para gravidade que sejam de fácil acesso aos sistemas de saúde devem ser investigados. A NLR é um fator preditivo importante para doença grave e mortalidade em adultos com COVID-19. Neste estudo, na avaliação inicial no pronto socorro, as crianças com NLR maior têm maior probabilidade de apresentar um quadro clínico que exija internação. Os eosinófilos, por sua vez, têm papel na resposta imune adaptativa e na imunidade inata, com